

HVORDAN HAR DU DET? 2021

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

Karina Friis, Martin Mejlby Jensen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Finn Breinholt Larsen,
Sarah Skov Jørgensen, Kristine Toftegaard Frandsen og Jes Bak Sørensen



HVORDAN HAR DU DET? 2021

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

UDARBEJDET AF

Karina Friis
Martin Mejlby Jensen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Finn Breinholt Larsen
Sarah Skov Jørgensen
Kristine Toftegaard Frandsen
Jes Bak Sørensen

DEFACTUM | Marts 2022

TITEL

Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)

FORFATTERE

Karina Friis (projektleder)
Martin Mejlby Jensen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Finn Breinholt Larsen
Sarah Skov Jørgensen
Kristine Toftegaard Frandsen
Jes Bak Sørensen

COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2022

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

UDGIVER

Region Midtjylland
DEFACTUM
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

Friis K, Jensen MM, Pedersen MH, Lasgaard M, Larsen FB, Jørgensen SS, Frandsen KT, Sørensen JB. Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2022.

ISBN-nr: 978-87-93657-30-4

UDGIVELSE

Marts 2022

OPLAG

1.500

LAYOUT

2.1hartwork

FORSIDE

Malene Hald

FORORD

Dette er Region Midtjyllands femte sundhedsprofil. Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det? 2021* – en spørgeskemaundersøgelse blandt knap 34.000 borgere i Region Midtjylland. Sundhedsprofilen giver rig mulighed for at få indblik i sundhedstilstanden, som den opleves og beskrives af borgerne selv. De fire tidligere sundhedsprofiler blev lavet i 2006, 2010, 2013 og 2017.

I rapporten kan man se opgørelser på både regionalt og kommunalt niveau, og man kan se udviklingen i befolkningens sundhed og trivsel i perioden fra 2010 til 2021.

Det særlige ved *Hvordan har du det?* er først og fremmest det store antal borgere, der medvirker i spørgeskemaundersøgelsen, samt at undersøgelsen gennemføres i hele Danmark på samme tid. Sundhedsprofilen er den største sundhedsundersøgelse af sin art i Danmark, og den giver en unik mulighed for at følge udviklingen i danskernes sundhed og trivsel på tværs af regioner og kommuner i hele landet.

Oplysningerne fra sundhedsprofilerne har siden 2006 været anvendt i den kommunale og regionale planlægning af sundhedsindsatsen, idet de giver et indblik i de udfordringer, som regionen og kommunerne står over for på forebyggelsesområdet. Sundhedsprofilen kan derved bruges til at planlægge, prioritere og gennemføre de regionale og kommunale forebyggelses- og behandlingsopgaver, som skal løfte borgernes sundhed i de kommende år.

Forskergruppen bag *Hvordan har du det?* bestræber sig på at inddrage emner i undersøgelsen, der kan understøtte denne proces med relevante tal og opgørelser. I rapporten belyses emner, som også har været med i de tidligere sundhedsprofiler, og som fortsat har en central betydning for folkesundheden. Det drejer sig om følgende temaer: rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost, overvægt, fysisk og mentalt helbred, kronisk sygdom og social og geografisk ulighed i sundhed.

Af nye emner indgår denne gang et kapitel om COVID-19 (pandemiens påvirkning af befolkningens trivsel mv.), og der er ligeledes som noget nyt tilføjet særskilte kapitler om henholdsvis seksuelle krænkelser, søvn og unges sundhed.

Undersøgelsen indeholder en kerne af spørgsmål, der er stillet til borgere i hele landet. Desuden indeholder undersøgelsen en række spørgsmål, der er særlige for Region Midtjylland.

Hvordan har du det? 2021 har i høj grad været præget af coronapandemien. Dataindsamlingen fandt sted mellem den 5. februar og den 12. maj 2021. I denne periode var der i Danmark en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien, og dette har med stor sandsynlighed påvirket nogle af resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for vores liv har været anderledes end normalt. Som læser af rapporten er dette væsentligt at have for øje.

Vi vil gerne rette en stor tak til de mange borgere, der har brugt tid på at svare på spørgeskemaet, og som dermed har medvirket til, at særligt regionen og kommunerne i dag med sundhedsprofilen i hånden har et vigtigt redskab til at igangsætte initiativer til fremme af borgernes sundhed og trivsel.

INDHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENFATNING	6
1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE	12
Baggrund og formål	12
Metode	12
Beskrivelse af baggrundsvariable	16
Læsevejledning	21
2. RYGNING	24
3. ALKOHOL	46
4. FYSISK AKTIVITET	64
5. KOST	86
6. OVERVÆGT	98
7. SELVVURDERET HELBRED	114
8. MENTAL SUNDHED	122
Trivsel og livskvalitet	127
Stress	134
Generet af angst og anspændthed	140
Ensomhed	146
Depression	154
9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM	166
Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom	172
Sundhedsvaner hos personer med kronisk sygdom og multisygdom	190
Fysisk og mentalt helbred hos personer med kronisk sygdom og multisygdom	201
Behandlingsbyrde og sundhedskompetence	212
10. UNGES SUNDHED	236
Unge risikoadfærd	242
Unge sundhedsvaner	248
Unge mentale sundhed	252

11. COVID-19	264
Hvor mange har haft COVID-19?	270
Hvordan har COVID-19 påvirket befolkningens dagligdag?	272
Hvor mange vurderer, at de er i risiko for at blive alvorligt syge af COVID-19?	276
Hvor mange har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus på grund af pandemien?	279
Hvordan har COVID-19 påvirket livskvaliteten?	282
12. SEKSUELLE KRÆNKELSER	290
13. SØVN	302
14. SOCIAL OG GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED	318
Social ulighed i sundhed	324
Geografisk ulighed i sundhed	326
Sundhed på én side	334
Kommuner	
Favrskov Kommune	336
Hedensted Kommune	338
Herning Kommune	340
Holstebro Kommune	342
Horsens Kommune	344
Ikast-Brande Kommune	346
Lemvig Kommune	348
Norddjurs Kommune	350
Odder Kommune	352
Randers Kommune	354
Ringkøbing-Skjern Kommune	356
Samsø Kommune	358
Silkeborg Kommune	360
Skanderborg Kommune	362
Skive Kommune	364
Struer Kommune	366
Syddjurs Kommune	368
Viborg Kommune	370
Aarhus Kommune	372
Sundhedsklynger	
Horsensklyngen	374
Midtklyngen	376
Randersklyngen	378
Vestklyngen	380
Aarhusklyngen	382
Region Midtjylland	384

1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE

Baggrund og formål

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det? 2021*. En sundhedsprofil er en helhedsbeskrivelse af trivsel, sundhed og sygelighed i et område eller i en befolkning, og oplysningerne fra denne sundhedsprofil kan bruges til at monitorere sundhedstilstanden i Region Midtjylland og i de enkelte kommuner i regionen.

Helt konkret kan sundhedsprofilen danne grundlag, når de kommunale sundhedspolitikker og sundhedsaftalen mellem region og kommuner skal udformes, og der skal prioriteres mellem forskellige forebyggelses- og sundhedsindsatser. I denne sammenhæng kan sundhedsprofilen pege på, hvilke befolkningsgrupper og geografiske områder der har de største udfordringer på sundhedsområdet. I forhold til det behandlede sundhedsvæsen – praksissektor og hospitaler – giver sundhedsprofilen et overblik over sundhed og sygelighed i den samlede befolkning (populationsperspektivet).

Dette er den femte sundhedsprofil, der laves i Region Midtjylland. Den første sundhedsprofil blev lavet i 2006 og omfattede personer i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund. I 2010, 2013 og 2017 blev sundhedsprofilen gennemført samtidig på tværs af landets fem regioner som en del af et nationalt samarbejde, hvor stikprøven blev udvidet til at omfatte alle i alderen 16 år og derover uanset etnisk baggrund. Samtidig lavede Statens Institut for Folkesundhed en landsdækkende sundhedsprofil.

I undersøgelserne fra 2010, 2013, 2017 og 2021 er der på tværs af regioner en række identiske spørgsmål, som muliggør sammenligninger på tværs af landets 98 kommuner og 5 regioner. Baggrunden for dette er, at der i 2009 blev indgået en aftale om organisering og finansiering af sammenlignelige sundhedsprofiler for alle regioner og kommuner med start i 2010. Aftalen blev indgået mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet. De seks spørgeskemaundersøgelser, der ligger til grund for sundhedsprofilerne, består af en national kerne af spørgsmål (f.eks. daglig rygning, stress, ensomhed og langvarig sygdom) og regionernes egne spørgsmål

(f.eks. COVID-19, søvn og behandlingsbyrde). Den nye undersøgelse fra 2021 giver derved en unik mulighed for at beskrive ændringer i sundhedstilstanden siden 2010 for personer i alderen 16 år og derover. Nogle spørgsmål er dog først blevet føjet til spørgeskemaet senere, hvorfor der ikke for alle spørgsmål kan vises udvikling siden 2010.

Fremadrettet gennemføres sundhedsprofilen hvert fjerde år.

Metode

Stikprøve. *Hvordan har du det? 2021* er baseret på en stikprøveudvælgelse blandt borgere, der per 1. januar 2021 havde folkeregisteradresse i Region Midtjylland og var i alderen 16 år og derover. Stikprøven på i alt 56.500 personer blev udtrukket fra CPR-registeret. For at sikre et tilstrækkeligt datamateriale blev der for de fleste kommuner udtrukket 2.500 personer fra hver kommune. I Aarhus og Randers Kommune blev der udtrukket henholdsvis 10.200 og 5.000 personer og i Samsø Kommune 1.300 personer. Stikprøven i Aarhus Kommune er større, fordi det er en stor kommune, hvor der f.eks. kan være behov for at lave analyser på bydelsniveau, og fordi Aarhus Kommune har medfinansieret en oversampling i udsatte boligområder. Stikprøven i Randers Kommune er større, fordi kommunen har medfinansieret en fordobling af stikprøven blandt kommunens borgere. Stikprøvestørrelsen i Samsø Kommune er mindre, da det i henhold til den nationale aftale om sundhedsprofiler er besluttet, at der i hver kommune højst må udtrækkes 50 % af den samlede befolkning på 16 år og derover.

Personer, der indgår i stikprøven, er tilfældigt udvalgt og uden hensyntagen til køn, alder, uddannelsesniveau, etnicitet og lignende.

Spørgeskema. I Region Midtjylland er der lavet to forskellige spørgeskemaer: ét til unge (16-24 år) og ét til voksne (25 år og derover). Hovedparten af spørgsmålene er identiske i de to udgaver og omhandler blandt andet sundhedsvaner (rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost mv.) og fysisk og mental sundhed. Herudover er der spørgsmål, som udelukkende stilles til de unge (eksempelvis spørgsmål vedrørende selv-

skade, brug af euforiserende stoffer og snus, seksuel orientering/adfærd, forventningspres, belastende begivenheder og opvækstvilkår), samt spørgsmål, der udelukkende stilles til de voksne (eksempelvis spørgsmål vedrørende behov for støtte og hjælp til dagligdagens gøremål, arbejdsmiljø, behandlingsbyrde og sundhedskompetencer).

I spørgeskemaerne er der så vidt muligt brugt validerede spørgsmål, som er egnede til at indgå i befolkningsundersøgelser. Spørgeskemaerne er reviderede udgaver af dem, der blev benyttet i *Hvordan har du det?* 2010, 2013 og 2017. En betydelig del af spørgsmålene er identiske med spørgsmålene i de tidligere undersøgelser, hvilket gør det muligt at beskrive udviklingen over tid for en række forhold.

Dataindsamling. Spørgeskemaerne til *Hvordan har du det?* udsendes hvert 4. år i starten af februar måned for at sikre sammenlignelighed fra gang til gang og undgå bias fra årstidsvariation. I de tidligere undersøgelser fra 2006, 2010 og 2013 blev data indsamlet ved at sende et papirspørgeskema samt en frankeret svarkuvert med fysisk post til alle i den udtrukne stikprøve. I 2013 var det desuden muligt at udfylde spørgeskemaet online.

I 2017 og 2021 blev data indsamlet ved brug af en kombination af digital post (e-boks eller www.borger.dk) og fysisk post. Alle i stikprøven fra 2021, der var tilmeldt digital post (92 %), modtog en invitation til undersøgelsen gennem digital post den 5. februar 2021. I en undersøgelse som denne er det vigtigt med en høj svarprocent for at gøre datagrundlaget så repræsentativt som muligt. Derfor fik personer, der ikke svarede på den første henvendelse, tilsendt en påmindelse gennem digital post efter en uge. Hvis den inviterede ikke responderede på henvendelsen via digital post, blev der sendt en fysisk invitation med et papirspørgeskema til vedkommende efterfulgt af to fysiske påmindelser.

Personer i stikprøven, der ikke var tilmeldt digital post (8 %), fik tilsendt en fysisk invitation med et papirspørgeskema den 5. februar og efterfølgende to fysiske påmindelser, hvis de ikke svarede.

Både ved de digitale og fysiske udsendelser blev det i følgebrevet til spørgeskemaet gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at alle svar ville blive behandlet fortroligt. I følgebrevet var der desuden en beskrivelse af, hvordan spørgeskemaet kunne udfyldes på nettet.





















De inviterede havde under hele dataindsamlingsperioden mulighed for at ringe til en borgertelefon, hvis de havde spørgsmål eller kommentarer til undersøgelsen, eller hvis de ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. For at fremme en høj svarprocent blev de inviterede ved udsendelsen af spørgeskemaerne informeret om, at der mellem alle besvarede spørgeskemaer blev trukket lod om en række præmier.

Deltagelse og bortfald. Ud af de 56.500 personer, der blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, valgte 33.925 personer at svare på spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 60. Af de indkomne svar har 84 % udfyldt spørgeskemaet online, mens 16 % har udfyldt et papirspørgeskema.

Antallet af besvarede spørgeskemaer og svarprocenten i de enkelte kommuner fremgår af figur 1.1. Som man kan se af figuren, varierer svarprocenten i kommunerne fra 56 % til 64 %.

Figur 1.1

Stikprøvestørrelse og svarprocent i de enkelte kommuner

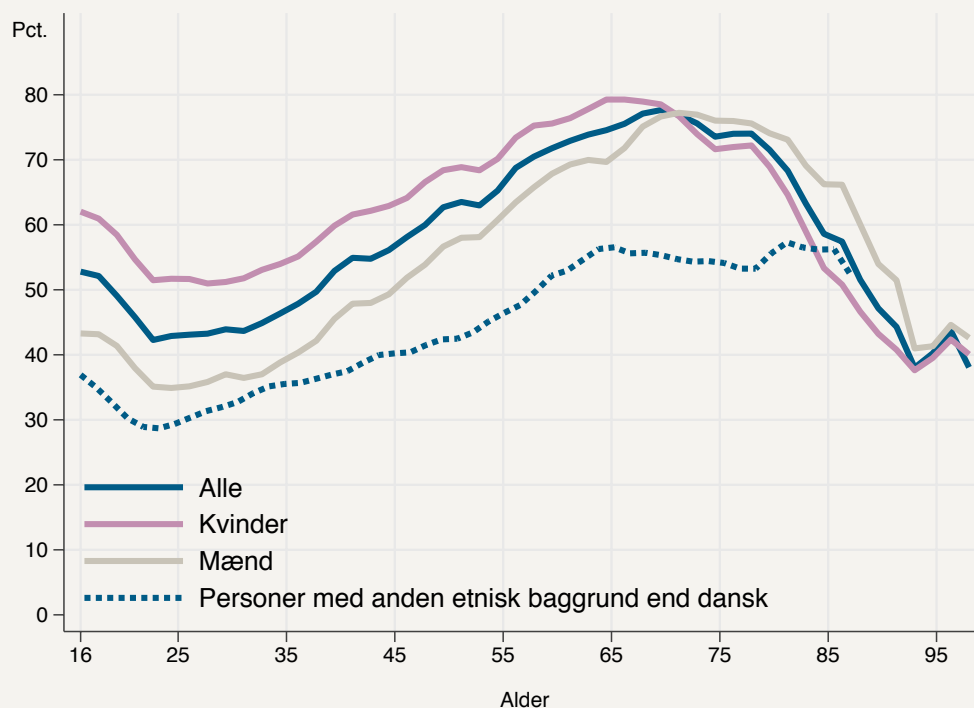
	Antal inviterede	Antal besvarelser	Svarprocent	
Favrskov	2.500	1.590	64	
Skanderborg	2.500	1.595	64	
Syddjurs	2.500	1.577	63	
Odder	2.500	1.556	62	
Ringkøbing-Skjern	2.500	1.562	62	
Viborg	2.500	1.556	62	
Herning	2.500	1.526	61	
Holstebro	2.500	1.525	61	
Struer	2.500	1.505	60	
Randers	5.000	2.998	60	
Silkeborg	2.500	1.510	60	
Samsø	1.300	776	60	
Ikast-Brande	2.500	1.505	60	
Hedensted	2.500	1.521	60	
Skive	2.500	1.489	60	
Lemvig	2.500	1.485	59	
Norddjurs	2.500	1.483	59	
Horsens	2.500	1.460	58	
Aarhus	10.200	5.706	56	
Region Midtjylland	56.500	33.925	60	

Svarprocenten varierer ligeledes på tværs af køn, alder og etnisk baggrund, hvilket fremgår af figur 1.2. Svarprocenten følger et mønster, der normalt ses i denne type undersøgelser, hvor svarprocenten er relativ lav blandt unge og de ældste ældre og generelt er meget lavere blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Blandt unge er der flere kvinder end mænd, der svarer på spørgeskemaet, og blandt ældre er der omvendt flere mænd end kvinder, der deltager i undersøgelsen.

Eftersom risikoen for, at data ikke afspejler forholdene i befolkningen, øges med en faldende svarprocent, bør resultater, der bygger på grupper med lav svarprocent, tolkes med forsigtighed – det gælder her unge mænd, de ældste ældre og i særdeleshed personer med anden etnisk baggrund end dansk. Desuden skal der tages forbehold for, at alvorligt syge og svagelige (f.eks. sengeliggende patienter, mentalt

handicappede m.fl.) i mange tilfælde ikke har kunnet deltage i undersøgelsen.

Vægtning og statistisk metode. I en undersøgelse som denne er det væsentligt, at svarpersonerne ligner befolkningen i regionen så meget som muligt. Som nævnt er der for de fleste kommuner udtrukket 2.500 personer per kommune uanset befolkningsstørrelse (dog 10.200 i Aarhus, 5.000 i Randers og 1.300 i Samsø Kommune). Det betyder, at antallet af inviterede ikke svarer til den relative befolkningsstørrelse i de enkelte kommuner. Borgere i nogle kommuner er således overrepræsenterede i stikprøven, mens andre er underrepræsenterede. For at korrigere for denne forskel i udtræksandsynlighed og dermed gøre dataene mere repræsentative for regionens befolkning er der anvendt vægtning i rapportens statistiske analyser.

Figur 1.2Svarprocenter i *Hvordan har du det?* 2021

Med vægten korrigeres desuden for responsrate, det vil sige for forskelle i svarprocenter i forhold til køn, alder, kommune og en række sociale baggrundsvariable samt brug af sundhedsvæsenet. Vægten er konstrueret ved brug af en avanceret vægtningsprocedure (1), der er foretaget af Danmarks Statistik, hvor CPR-numrene på alle i stikprøven er koblet sammen med en række af Danmarks Statistiks registre. Der er dermed benyttet én samlet vægt per svarperson til at korrigere for forskelle i udtræksandsynlighed og responsrate i rapportens analyser.

Af hensyn til sammenligneligheden med data fra *Hvordan har du det?* 2010, 2013 og 2017 er disse data ligeledes vægtet efter den beskrevne metode.

Til alle statistiske test er der benyttet et signifikansniveau på $p < 0,05$. Hvis ikke andet er nævnt i teksten, testes der i analyserne for, hvorvidt fore-

komsten i de enkelte subgrupper adskiller sig signifikant fra forekomsten i hele befolkningen i Region Midtjylland (kontrastanalyser). Hvis ikke andet er angivet, er der i alle figurer benyttet ujusterede tal, dvs. de faktiske forekomster af det, som respondenterne har svaret. Tallene er dog vægtede, så de afspejler forekomsterne i regionens befolkning. De statistiske analyser er foretaget ved hjælp af survey-procedureerne i statistikprogrammet Stata 17.

Opbygning af denne rapport. Rapporten er opdelt i 14 kapitler (se boks 1.1).

Boks 1.1

1. Baggrund, formål og metode
2. Rygning
3. Alkohol
4. Fysisk aktivitet
5. Kost
6. Overvægt
7. Selvvurderet helbred
8. Mental sundhed
9. Kronisk sygdom og multisygdom
10. Unges sundhed
11. COVID-19
12. Seksuelle krænkelser
13. Søvn
14. Social og geografisk ulighed i sundhed

Ved de temaer, der før er blevet afrapporteret, vil dele af teksten være genbrug fra tidligere *Hvordan har du det?*-rapporter. Temaerne *unges sundhed*, *COVID-19*, *seksuelle krænkelser* og *søvn* er nye siden *Hvordan har du det?*-rapporten fra 2017.

Rapporten afsluttes med *Sundhed på én side*, hvor væsentlige resultater på tværs af rapporten opsummeres på én side for hver kommune og for hver af klyngerne i sundhedsaftalen. Desuden præsenteres den sociogeografiske profil for hver kommune. Formålet med *Sundhed på én side* er at give et kort resumé af sundhedstilstanden i den enkelte kommune og klynge, der kan bruges som grundlag for tilrettelæggelse af sundhedsindsatser i forhold til udvalgte geografiske områder med store geografiske forskelle i sundhed.

Der er generelt i rapporten lagt vægt på at belyse forebyggelsespotentialer i såvel kommunerne som i regionen. Det betyder, at fokus i de enkelte kapitler primært vil være på de grupper af borgere, der har størst behov for forebyggelsesindsatser, eksempelvis borgere med risikable sundhedsvaner, dårligt helbred og kronisk sygdom.

I de fleste tilfælde vil resultaterne i rapporten være opgjort på både kommune- og regionsniveau.

Som nævnt er mange af spørgsmålene identiske eller næsten identiske med spørgsmålene i de tidligere *Hvordan har du det?*-undersøgelser. Hvor det er relevant og muligt, beskrives udviklingen på en række faktorer i udviklingsbindet (bind 2), mens der i denne rapport (bind 1) løbende henvises til resultater fra bind 2.

Beskrivelse af undersøgelsens baggrundsvariable

Som noget gennemgående i rapporten beskrives sundhed og sygdom i forhold til køn, alder og sociale forhold. Figur 1.3 viser fordelingen på disse grupper samt antallet af borgere i hver gruppe på baggrund af en vægtet opgørelse af svarpersonerne i *Hvordan har du det? 2021*. Inddelingen af befolkningen efter demografiske og sociale kriterier gør det muligt at tegne et mere detaljeret billede af sundhedstilstanden samt at identificere grupper og arenaer, hvor behovet for sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og rehabilitering er særlig stort. Informationerne kan anvendes ved tilrettelæggelse af sundhedsindsatsen i region og kommuner, herunder ved indsatsen for større social lighed i sundhed. I det følgende gives en kort beskrivelse af de enkelte variable samt en begrundelse for deres relevans.

Figur 1.3

Borgere i Region Midtjylland (16 år og derover) – køn, alder og sociale forhold

	Pct.		Antal personer i Region Midtjylland
Alle	100		1.094.000
Køn			
Mand	50		544.000
Kvinde	50		550.000
Alder			
16-24 år	15		159.000
25-34 år	16		175.000
35-44 år	14		153.000
45-54 år	16		177.000
55-64 år	15		167.000
65-74 år	13		144.000
75+ år	11		119.000
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)			
Lavt (0-10 år)	16		134.000
Middel (11-14 år)	50		419.000
Højt (15+ år)	34		289.000
Erhvervstilknytning			
Studerende/skoleelever	10		105.000
Beskæftigede	53		529.000
Arbejdsløse	2		24.000
Kontanthjælp, sygedagpenge mv.	5		54.000
Førtidspensionister	5		52.000
Efterlønsmodtagere	1		13.000
Folkepensionister	23		228.000
Etnisk baggrund			
Dansk	89		968.000
Anden vestlig	5		52.000
Ikke-vestlig	7		74.000
Bolig			
Ejer	64		631.000
Lejer	36		353.000
Bor med ægtefælle/samlever			
Nej	35		354.000
Ja	65		659.000
Børn i hjemmet 0-15 år			
Nej	74		693.000
Ja	26		247.000

Køn. Køn er en grundlæggende faktor i forhold til sundhed og sygelighed. Mænd dør i gennemsnit tidligere end kvinder, men kvinder kan forvente flere sygdomsbelastede leveår, og flere kvinder rapporterer livet igennem om dårligere helbred og trivsel (2-3). Forskelle mellem mænds og kvinders sundhed skyldes både forskelle i biologi, livsstil, levevilkår samt forskelle i brug af sundhedsvæsenet (2-6).

I undersøgelsen er der en ligelig fordeling af mænd og kvinder (figur 1.3).

Alder. Alder er ligesom køn en af de grundlæggende faktorer i forhold til sundhed og sygdom. Generelt øges sygelighed og dødelighed med alderen, men alle aldre har sine helbredsmæssige udfordringer (7). Stigningen i antallet af borgere i den ældre del af befolkningen stiller sundhedsvæsenet over for nye opgaver (8). I nogle tilfælde er det hensigtsmæssigt at målrette sundhedsfremme og forebyggelse mod bestemte aldersgrupper.

I analyserne er befolkningen opdelt i syv aldersgrupper (figur 1.3). Fordelingen på disse grupper er som følger: 16-24 år (15 %), 25-34 år (16 %), 35-44 år (14 %), 45-54 år (16 %), 55-64 år (15 %), 65-74 år (13 %) og 75 år og derover (11 %).

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelse og sundhed. Jo flere års uddannelse, jo færre risikable sundhedsvaner, jo mindre sygelighed og jo lavere dødelighed (9-11). Årsagskæden mellem uddannelsesniveau og sundhed er imidlertid kompleks (12-14). Uddannelse giver mulighed for bedre levevilkår i form af højere indkomst, mindre belastende job, sundere bolig mv., hvilket forklarer noget af forskellen i sundhed mellem uddannelsesniveauer, men ikke det hele. Én antagelse er, at uddannelse desuden påvirker tankemåde og måden at træffe beslutninger på – eksempelvis har personer med uddannelse lettere ved at træffe sunde valg for sig selv og deres familie (12-14). Personer med lavt uddannelsesniveau er en vigtig målgruppe, hvis den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.

I rapporten skelnes der mellem tre uddannelsesniveauer: lavt, middelhøjt og højt. Opdelingen bygger på Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN), der opererer med en niveauopdeling af nuværende og tidligere danske uddannelser fra 0 til 8 (15). De ni niveauer

er her slået sammen til tre. Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere (0-10 års uddannelse). Middelhøjt uddannelsesniveau omfatter i store træk lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser (11-14 års uddannelse). Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellemlang og lang videregående uddannelse (15 års uddannelse eller mere).

I undersøgelsen er der 16 % med lavt uddannelsesniveau, 50 % med middelhøjt uddannelsesniveau og 34 % med højt uddannelsesniveau (figur 1.3).

Erhvervstilknytning. Der er en sammenhæng mellem erhvervstilknytning og fysisk og mental sundhed. Personer i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsmarkedet, udgør en særlig sårbar gruppe (16-18). Det gælder især arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister.

Derfor er der medtaget en variabel, der er opdelt efter svarpersonernes erhvervstilknytning. Inddelingen er baseret på en kombination af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om erhvervsmæssig stilling og registerbaserede oplysninger fra Arbejdsmarkedsstyrelsens register over sociale ydelser (også kaldet DREAM).

I undersøgelsen er der 10 %, der stadig går i skole eller er studerende, 53 % er i beskæftigelse, 2 % er arbejdsløse, 5 % er modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., 5 % er førtidspensionister, 1 % er efterlønsmodtagere og 23 % er folkepensionister (figur 1.3).

I undersøgelsen sondres der mellem 'arbejdsløse' og 'modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv.', hvor førstnævnte afspejler den gruppe af ledige, der ofte kun har ledighed som problem og dermed er relativt arbejdsmarkedsparate, hvorimod sidstnævnte gruppe ofte har andre problemer end ledighed (sygdom, sociale problemer mv.).

Etnisk baggrund. Etniske minoritetsgrupper i vestlige lande har vist sig ofte at have en dårligere helbredstilstand end majoritetsbefolkningen, og undersøgelser viser, at dette ofte skyldes ringere levevilkår hos minoritetsgrupperne (19-20). Desuden kan belastninger i forbindelse med eller forud for immigration, kulturelt betingede adfærdsformer, genetiske faktorer, diskrimi-

nation samt adgangen til og brugen af sundhedsvæsenet have betydning (19-23).

I undersøgelsen er der 89 % med dansk etnisk baggrund, 5 % med anden vestlig baggrund end dansk og 7 % med en ikke-vestlig baggrund (figur 1.3).

Bolig. I undersøgelsen skelnes der mellem personer, der bor i henholdsvis ejerbolig og lejebolig. Her er der tale om en geografisk opdeling, der kan bruges ved tilrettelæggelse af lokale sundhedsaktiviteter. Især kan større almenyttige og kommunale udlejningsbyggerier være en arena for sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. Disse boligområder har som oftest en overrepræsentation af grupper med en dårligere helbredstilstand end befolkningen som helhed, herunder ældre, personer med anden etnisk baggrund end dansk og enlige.

I undersøgelsen er der 64 %, som bor i ejerbolig, og 36 %, som bor i lejebolig (figur 1.3).

Bor med ægtefælle/samlever. Mange undersøgelser har vist, at gifte lever længere og har et bedre fysisk og psykisk helbred end ugifte (24). Det gælder både mænd og kvinder, selv om nogle undersøgelser tyder på, at mænd har størst helbredsmæssig gevinst ved ægteskabet (25). Danske undersøgelser har vist, at der også er lavere dødelighed blandt samlevende, uanset om de er gift eller ej, sammenlignet med personer, der lever alene (26-27). To udbredte forklaringer på forskellen i sygelighed og dødelighed blandt enlige og samlevende er, at gifte/samlevende i højere grad har en sund livsstil og i mindre grad har dårligt mentalt helbred end enlige (28).

I analyserne skelnes der mellem personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever (35 %), og personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever (65 %) (figur 1.3).

Børn i hjemmet 0-15 år. Barndommen er en sårbar periode. Børn modtager en række påvirkninger i hjemmet, som både har betydning for deres aktuelle sundhedstilstand og for deres helbred senere i livet (12, 29-30). Det er derfor vigtigt at have kendskab til eksempelvis sundhedsvanerne i familier med børn. En del af den sociale ulighed i sundhed i den voksne befolkning grundlægges i barndomsårene (12). Forældre har det primære ansvar for deres børns sund-

hed, men sundhedspleje, dagsinstitutioner m.fl. har mulighed for at støtte børnefamilier i at skabe gode opvækstbetingelser.

I undersøgelsen er der 74 %, som ikke bor sammen med børn, mens 26 % bor sammen med børn i alderen fra 0 til 15 år (figur 1.3).

En sundhedsprofil gennemført under COVID-19-pandemien

COVID-19 er en infektionssygdom, der smitter ved, at virus overføres fra luftvejene hos én smittet person til en anden persons luftveje. Der er stor variation i sværhedsgraden af symptomer blandt smittede med COVID-19. Nogle oplever ingen eller kun milde symptomer i form af eksempelvis let feber og hoste, mens andre bliver alvorligt syge og kan dø af sygdommen. I februar 2020 blev det første tilfælde af COVID-19 konstateret i Danmark, og i marts 2020 erklærede WHO, at der nu var tale om en pandemi.

I Danmark blev der fra marts 2020 indført en række tiltag for at undgå en omfattende og hurtig smittespredning med deraf følgende belastning af sygehusvæsenet, svære sygdomsforløb og dødsfald. Eksempelvis skulle offentligt ansatte, der ikke varetog samfundskritiske funktioner, arbejde hjemme, og alle skoler, dagtilbud og institutioner blev lukket. Derudover blev der indført et forsamlingsforbud for flere end 1.000 personer, og Danmarks grænser blev midlertidigt lukket.

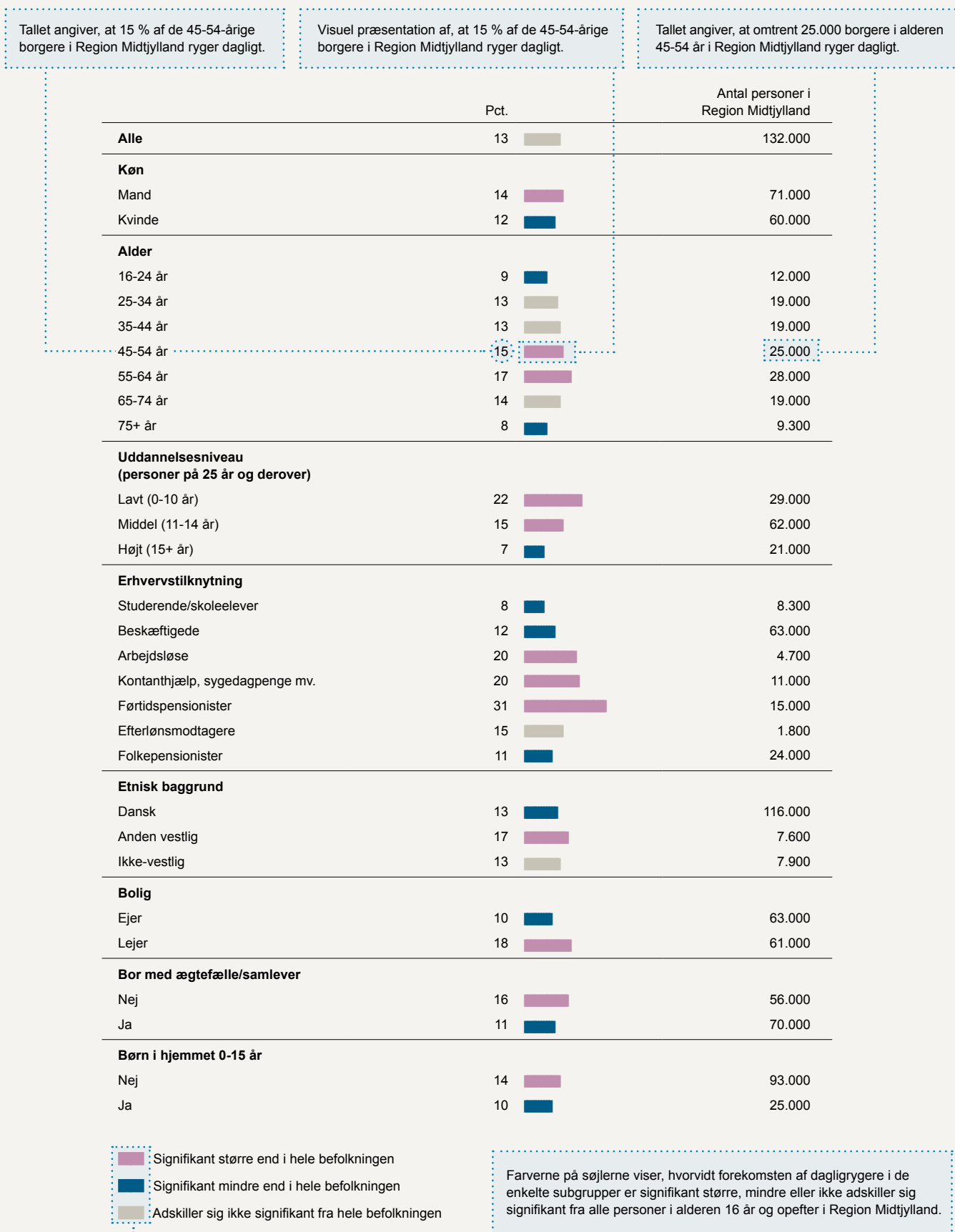
I løbet af sommeren 2020 blev smittetrykket i Danmark mindre, og restriktionerne blev gradvis lempet. I løbet af det sene efterår og starten af vinteren blev Danmark dog ramt af den 2. bølge af COVID-19, og der blev igen indført en række tiltag for at reducere smittespredningen. Blandt disse tiltag var hjemsendelse af skoleelever, lukning af butikker (dog undtaget dagligvarebutikker og apoteker), restauranter og caféer samt kultur-, idræts- og nattelivet, herunder teatre, museer, biografteater, svømmehaller og fitnesscentre.

Dataindsamlingen til *Hvordan har du det? 2021* fandt sted mellem den 5. februar og den 12. maj 2021.

I denne periode var der stadig en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien, og dette har med stor sandsynlighed

Figur 1.4

Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold (eksempel på figur i rapporten)



påvirket nogle af resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for vores liv har været markant anderledes end normalt. Som læser af rapporten er dette væsentligt at have for øje.

Resultater fra *Hvordan har du det? 2021* tegner et øjebliksbillede af befolkningens trivsel og sundhedstilstand, og som følge af pandemien kan der potentielt opstå udsving for visse indikatorer i undersøgelsen, hvor årsagen alene kan henføres til de særlige levevilkår under nedlukningen. En del af disse udsving vil forventes at normalisere sig helt eller delvis med ophævelse af restriktionerne.

Beslutningen om at gennemføre dataindsamlingen til *Hvordan har du det? 2021* til trods for COVID-19-pandemien er truffet af Det Koordinerende Udvalg, som består af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Statens Institut for Folkesundhed (SDU) og en regional og en kommunal repræsentant fra hver af de fem regioner. Beslutningen er begrundet med, at der er behov for opdaterede data til brug for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, blandt andet til de i november 2021 nyvalgte kommunalbestyrelser og regionsråd, og at undersøgelsen til trods for COVID-19 generelt set vil give et brugbart indblik i danskernes sundhed, sygelighed og trivsel. Undersøgelsens resultater kan endvidere give et fingerpeg om betydningen af COVID-19-pandemien for befolkningens generelle sundhedstilstand.

I forbindelse med at der blev truffet beslutning om at gennemføre undersøgelsen, var der skærpet opmærksomhed på, om validiteten af nogle af undersøgelsens spørgsmål potentielt set kunne være påvirket af COVID-19-pandemien. Validitetsproblemer henviser til, i hvilket omfang et givent spørgsmål måler korrekt, eller respondenterne tillægger spørgsmålet en anden mening, end det oprindeligt var tiltænkt. Dog var det den umiddelbare vurdering, at der var tale om relativt få spørgsmål. Der blev på denne baggrund nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, som med de tilstedeværende ressourcer og muligheder har afdækket, hvilke konsekvenser COVID-19-pandemien kan have haft for borgernes spørgeskemabesvarelser og dermed for validiteten af udvalgte spørgsmål. Arbejdsgruppen har blandt andet studeret udviklingstendenser i perioden 2010 til 2021 og undersøgt sammenhænge mellem potentielt validitetspåvirkede

spørgsmål og relaterede spørgsmål, som arbejdsgruppen ikke vurderede var validitetspåvirkede, i hvert af datasættene fra henholdsvis 2010, 2013, 2017 og 2021. Arbejdsgruppen fandt ingen åbenlyse validitetsproblemer ved disse analyser, men det skal understreges, at arbejdsgruppens muligheder for at belyse dette har været begrænsede.

Nogle steder i rapporten, hvor det vurderes, at pandemien har haft særlig betydning for resultaterne, vil der blive gjort opmærksom på de særlige forbehold, der bør tages i tolkningen af undersøgelsens resultater.

Læsevejledning

I denne rapport (bind 1, hovedbindet) præsenteres forekomsten af forskellige former for sundhedsvaner, sundhed og sygdom i Region Midtjylland. I figur 1.4 ses et eksempel på en figur i rapporten, hvor andelen af dagligrygere belyses i forhold til køn, alder og en række forskellige sociale forhold. På denne måde kan man eksempelvis se, hvilke befolkningsgrupper der har de største forekomster af daglig rygning. Farverne på søjlerne indikerer, hvorvidt forekomsten af dagligrygere i de enkelte subgrupper er signifikant større eller mindre end gennemsnittet blandt alle personer på 16 år og derover i Region Midtjylland, eller om gruppen ikke adskiller sig signifikant fra hele befolkningen.

Medarbejdere

Rapporten er udarbejdet i DEFACTUM, Region Midtjylland, af et forskerteam bestående af Karina Friis (projektleder), Marie Hauge Pedersen, Martin Mejlbj Jensen, Jes Bak Sørensen, Mathias Lasgaard, Finn Breinholt Larsen og forskningspraktikanterne Sarah Skov Jørgensen og Kristine Toftegaard Frandsen. Desuden har medarbejderne Sara Flensborg Hansen, Julie Christiansen og Jakob Sevelsted og forskningspraktikanterne Anders Bastrup Jørgensen, Stine Overgaard Høgh, Julie Honoré og Sofie Dyekær Egsgaard deltaget i planlægningen af undersøgelsen og/eller i dataindsamlingen. Anne Marie Schak Jensen har stået for datamanagement.

Referencer

1. Fangel S, Linde PC, Thorsted BL. Nye problemer med repræsentativitet i surveys, som opregning med registre kan reducere. *Metode & Data* nr. 93; 2007.
2. Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health: Science & Society Series on Sex and Science. *EMBO Reports*; 2012; 596-603.
3. Alberts SC, Archie EA, Gesquiere LR, m.fl. The Male-Female Health-Survival Paradox: A Comparative Perspective on Sex Differences in Aging and Mortality. I: Committee on Population; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Research Council; Weinstein M, Lane MA, editors. *Sociality, Hierarchy, Health: Comparative Biodemography: A Collection of Papers*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014.
4. Christensen K, Helweg-Larsen K. Forskelle mellem mænd og kvinder. I: Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. *Folkesundhedsrapporten, Danmark, 2007*. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007; 425-432.
5. Sundhedsstyrelsen. Mænds sundhed – en oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
6. Luy M, Gast K. Do Women Live Longer or Do Men Die Earlier? Reflections on the Causes of Sex Differences in Life Expectancy. *Gerontology*; 2014; 60:143-153.
7. Bobo WV, Yawn BP, Sauver JL, Grossardt BR, Boyd CM, Rocca WA. Prevalence of Combined Somatic and Mental Health Multimorbidity: Patterns by Age, Sex, and Race/Ethnicity, *The Journals of Gerontology*; 2016; 71(11):1483-1491.
8. Good health adds life to years: Global brief for World Health Day. Genève: WHO; 2012.
9. Gallo V, Mackenbach JP, Ezzati M, Menvielle G, Kunst AE, Rohrmann S, Vineis P (2012). Social inequalities and mortality in Europe - results from a large multi-national cohort. *PLoS One*, 7(7), e39013.
10. Kjellson G, Gerdtham UG, Lyttkens CH. Breaking bad habits by education – smoking dynamics among Swedish women. *Health Economics* 20: 2011; 876-881.
11. Ullits LR, Ejlskov L, Mortensen RN, Hansen SM, Kraemer SR, Vardinghus-Nielsen H, Overgaard C (2015). Socioeconomic inequality and mortality – a regional Danish cohort study. *BMC Public Health*, 15, 490-015-1813-3.
12. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Andersen AM, Bach E, Baadsgaard M, m.fl. Health inequality – determinants and policies. *Scandinavian Journal of Public Health*; 2012; 40(8 Suppl), 12-105.
13. Mackenbach JP (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. *Social Science & Medicine* (1982); 75(4), 761-769.
14. Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and health: Evaluating theories and evidence. Cambridge MA: NBER Working Paper No. 12352; 2006.
15. Danmarks Statistik. DUN 2006. Dansk Uddannelses-Nomenklatur. København: Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet; 2006.
16. Rugulies R, Madsen IEH, Hansen AK. Psykosocialt arbejdsmiljø og sygdom – en vidensoversigt over resultater fra det internationale IPD-Work projekt. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2016.
17. Bamba C. Work, worklessness, and the political economy of health. Oxford: Oxford University Press; 2011.
18. KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sammenhæng mellem udvalgte sundhedsydelser og arbejdsmarkedstilknytning. København: KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2017.
19. Darlington F, Norman P, Ballis D, Exeter DJ. Exploring ethnic inequalities in health: evidence from the Health Survey for England, 1998-2011. *Diversity and Equality in Health and Care* (2015); 12(2):54-65.

20. Holmberg T, Ahlmark N, Curtis T. "State of the art report". Etniske minoriteters sundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2009.
21. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health* 93(2):277-284; 2003.
22. Bhopal RS. Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2013.
23. Smith GD, Chaturvedi N, Harding S, Nazroo J, Williams R. Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. *Critical Public Health* 10:375-408; 2000.
24. Zhu H, Gu D. The Protective Effect of Marriage on Health and Survival: Does It Persist at Oldest-Old Ages? *Journal of Population Ageing*; 2010; 3(3-4), 161-182.
25. Wilson CM, Oswald AJ. How does marriage affect physical and psychological health? A survey of the longitudinal evidence. Bonn: IZA Discussion Paper No 1619; 2005.
26. Lund R, Due P, Modvig J, Holstein BE, m.fl. Cohabitation and marital status as predictors of mortality – an eight year follow-up study. *Social Science and Medicine* 55:673-679; 2002.
27. Frisch M, Simonsen J. Marriage, cohabitation and mortality in Denmark: national cohort study of 6.5 million persons followed for up to three decades (1982-2011). *Int J of Epi* 42: 559-578; 2013.
28. Averett SL, Argys LM, Sorkin J. In sickness and in health: an examination of relationship status and health using data from Canadian National Public Health Survey. *Rev Econ Houshold*: 599-633; 2013.
29. Sundhedsstyrelsen. Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
30. Lawlor DA, Mishra GD (red.). Family matters. Designing, analysing and understanding family based studies in life course epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2009.

